Hémorragie génitale de la ♀ après la puberté Q 015

Métrorragies Ménorragies Etat gravidique ß hCG Echographie Cancer du col Cancer de l'endomètre Hystéroscopie
Hémorragies génitales = hémorragies d'origine basse (vagin, col) + haute (utérine, annexes)
Hémorragies d'origine utérine[Q++] dans l'intervalle d'un cycle menstruel = métrorragies[Q]
Hémorragies d'origine utérine à la date normale des régles mais d'une durée et d'une abondance anormales = ménorragies[Q]
Rechercher avant tout un état gravidique : causes propres à la grossesse / causes gynécologiques

Bilan

- ***Interrogatoire***
  - **Caractères du saignement**
    - Circonstances d'apparition par rapport au cycle menstruel : Péridocité, rythme du saignement, retard de règles ?
    - Ancienneté du saignement, Spontané ou provoqué (rapports sexuels)
    - Abondance (par rapport au règles, nombre de protections…), consistance (liquide / caillots)
  - **Signes associés :** douleurs, leucorrhées, signes sympathiques de grossesse
  - **ATCD familiaux et perso**
    - médicaux, chir, ttt en cours, Groupe sanguin (Rhésus +++++ si femme enceinte)
    - gynéco-obst. : âge des 1ères règles, durée du cycle/des règles, DDR, âge de la ménopause, contraception…

- ***Examen clinique***
  - **Signes de gravité**
    - Hémorragie aiguë (choc hypovolémique avec tachycardie et hypotension)
    - Hémorragie chronique responsable d'une anémie ferriprive (asthénie, paleur, dyspnée, vertiges)
    - Retentissement sur l'état général
  - **Examen gynécologique**
    - Spéculum : origine du saignement (basse = vulve/vagin ou haute = endomètre/annexes), permet d'éliminer saignements d'origine urinaire ou digestive
    - Frottis cervico vaginaux
    - TV : morphologie de l'utérus, recherche d'une masse latéro-utérine suspecte, d'une douleur provoquée

- ***Bilan paraclinique***
  - **Biologique**
    - ßhCG plasmatique quantitative
      - indispensable, affirme ou infirme grossesse mais sans permettre de la dater
      - positif 10 jours après fécondation ; au cours du 1er T, tx double toutes les 48 h
      - si tx trop faible : évoque GEU, FCS
      - si tx trop imp : évoque môle hydatiforme, grossesse gémellaire
    - NFS, hémostase, Groupage ABO Rh Kell, RAI en cas d'hémorragie importante (groupage ABO Rh si enceinte)
    - Dosages hormonaux à discuter FSH LH PRL progestérone œstradiol
  - **Échographie conventionnelle (par voie suspubienne, vessie pleine) et endovaginale**
    - Au cours de la grossesse : topographie de l'œuf (sac visible à 4 SA, embryon à 5 SA), vitalité (activité cardiaque à partir de 6 SA), qualité
    - En dehors de la grossesse : morpho utérus, endomètre (épaisseur)
    - Recherche de pathologie annexielle
  - **Hystérosalpingographie**
    - En 1re partie de cycle, Contre-indiquée en cas de grossesse, d'infection ou en période hémorragique
    - Moins utilisée du fait de l'apport de l'hystéroscopie
    - Recherche d'adénomyose, évaluation de la perméabilité tubaire
  - **Hystéro-sonographie**
    - Injection de sérum physiologique dans la cavité utérine et recherche sous échographie de lésions intra-cavitaires
  - **Hystéroscopie**
    - Systématique chez femme ménopausée ou sur signes d'appels cliniques ou paracliniques chez femme en PAG
    - Exploration endocavitaire + biopsies dirigées ± geste thérapeutique
    - Contre-indiquée si grossesse ou infection
  - **En cas de pathologie cervicale**
    - Nécessité de diagnostic cytologique et histologique
    - Frottis cervical + Biopsie cervicale guidée par colposcopie

Diagnostic différentiel

- ***Causes digestives basses***
  - Hémorroïdes
  - Ulcération thermométrique
  - Pathologie recto-colique
- ***Causes urinaires***
  - Ectropion
  - Polype du méat urétral
  - Hématurie, toujours rechercher infection urinaire (clinique + BU)

Hémorragies génitales gravidiques

- ***Hémorragies génitales du 1er T (cf Q 20)***
  - Fréquent (25 % des grossesses), pronostic réservé (50 % d'interruption)
  - Examens paracliniques inutiles si symptômes importants (FCS hémorragique avec expulsion du produit de conception, GEU rompue avec hémopéritoine et état de choc hypovolémique)
  - Dosage des ßhCG plasmatiques et écho pelv +++ lorsque symptômes frustres (métrorragies isolées, absence de signes généraux / fonctionnels)

➢ **Grossesse intra-utérine évolutive**
  - Hgie modérée, volume utérin correspondant à l'âge gestationnel, col fermé
  - Tx ßhCG plasmatiques correspondant à l'âge gestationnel
  - Echo[Q] : signes de bonne évolutivité de la grossesse
  - Causes mal définies : décollement partiel du trophoblaste par un hématome décidual marginal ou un défaut d'accolement trophoblastique, lyse d'un 2ème œuf, infection
  - Repos + ttt progestatif -> évolution favorable dans 90 % des cas, contrôle écho à J10

➢ **Grossesse intra-utérine non évolutive**
  - Métrorragies d'intensité variable, volume utérin inférieur à l'âge gestationnel, col peut s'ouvrir dans les avortements spontanés, Tx ßhCG plasmatiques inférieur à celui attendu pour l'âge gestationnel
  - Non-évolutivité en général en relation avec anomalies chromosomiques majeures
  - ATTENTION à L'ERREUR de TERME
  - Plusieurs situations possibles :
    - ❖ **Œuf clair** : sac ovulaire déformé de diamètre > 25 mm sans embryon visible
    - ❖ **Mort embryonnaire** : embryon visible sans activité cardiaque de taille < à celle attendue pr l'âge gestationnel
    - ❖ **Avortement imminent**[Q] : sac ovulaire déformé, volontiers situé au niveau de l'isthme
    - ❖ **Avortement complet** : expulsion complète du produit de conception, col ouvert, utérus vide à l'écho
    - ❖ **Avortement incomplet** : trophoblastique résiduel visualisé en écho après expulsion de l'œuf

➢ **GEU**[Q+]
  - FDR : ATCD de GEU / chir tubaire, MST, ATCD d'infection pelvienne / génitale
  - Diagnostic précoce pour traitement conservateur annexiel
  - Retard de règles, Métrorragies distillantes peu abondantes noirâtres ou sépia
  - Douleurs pelviennes localisées au niveau d'une fosse iliaque
  - ± masse latéro-utérine sensible à la mobilisation
  - Tx ßhCG plasmatiques inférieur à celui attendu pour l'âge gestationnel
  - Echo : rarement signes directs (masse latéro-utérine, sac intra-tubaire…), signes indirects (utérus vide, image de pseudo-sac arrondi par décollement de la caduque, épanchement du cul de sac de Doublas)
  - Formes cliniques : pseudo-abortice, pseudo-salpingitique, GEU rompue avec hémopéritoine et état de choc hypovolémique, grossesse ectopique non tubaire (ovarienne, péritonéale, cervicale…)
  - Coelioscopie : confirme le diagnostic, permet le ttt

➢ **Môle hydatiforme**[Q] (Dégénérescence kystique des villosités choriales)
  - Métrorragies de sang rouge répétées et abondantes
  - Signes sympathiques de grossesse exacerbés
  - Gros utérus de volume > à celui attendu pour l'âge gestationnel + gros ovaires bilatéraux
  - Tx ßhCG plasmatiques très augmenté > 100 000 U/L
  - Echo : images floconneuses intracavitaires sans embryon visible associés dans ½ cas à kystes ovariens bilat

- **Autres causes**
  - **Grossesse trop jeune pour être visualisée en écho**
    - Surveillance clinique, bio, écho nécessaire pour préciser siège de la grossesse
    - A partir de 4 SA ou d'un tx de ßhCG plasmatiques > 1500 U/L, le sac gestationnel doit être visible en écho
    - Si sac non visible ou doute : coelio
  - **Métrorragies après avortement spontané ou IVG** : sont pathologiques et doivent faire évoquer GEU méconnue, rétention trophoblastique, endométrite
  - **GEU + GIU** : exceptionnel 1 cas / 30 000, FIV est un FDR, diagnostic difficile
  - **GIU normalement évolutive + hémorragie d'origine cervicale** (ectropion, cervicite, polype, cancer) **ou vaginale** (adénose, vaginite, traumatisme)

Hémorragies génitales du 2e trimestre

- **Démarche diagnostique**
  - Interrogatoire : ATCD de FCS à répétition, notion de malformation utérine ou cervicale, terrain infectieux
  - Spéculum, TV, Echo obstétricale : par voie haute (morpho, vitalité, recherche d'une anomalie d'insertion placentaire) et par voie endovaginale (longeur et épaisseur du col)

- **Etiologies**
  - Placenta recouvrant, Placenta bas inséré[Q]
  - Avortement spontané tardif
    - Par béance cervico-isthmique
    - Par malformation utérine (hypoplasie, hémi-utérus, utérus cloisonné)
    - Par chorio-amniotite

Hémorragies génitales du 3e trimestre (cf Q 21)

- **Démarche diagnostique**
  - Fréquence = 3 %
  - Interrogatoire : caractères des métrorragies, signes associés (CU, douleurs), anomalies fœtales ou annexielles, grossesse à ht risque (FDR de toxémie gravidique, ATCD de mort fœtale in utéro, utérus cicatriciel)
  - Spéculum, TV DOUX et PRUDENT en cas de Placenta praevia
  - Examens paracliniques essentiels : ERCF, echo obstétricale[Q], Groupe, Rh RAI, bilan de coag
  - Autres examens en fonction des signes d'appel clinique

- **Etiologies**
  - **Placenta praevia**[Q++]
    - MTR de sang rouge abondantes d'apparition brutale récidivantes et isolées
    - Utérus souple, ± état de choc en fonction de l'importance de l'hémorragie
    - Bilan de coag normal, ERCF normal
    - Echo[Q] : détermine le type de placenta praevia en mesurant la distance entre orifice cervical interne et limite inférieure du placenta

  - **Hématome rétro-placentaire**[Q]
    - Hgie de sang noir incoagulable de faible abondance + douleurs abdo, Contracture utérine
    - ± signes bio de CIVD
    - ERCF : souffrance fœtale aiguë
    - Echo : collection liquidienne rétroplacentaire
    - Pronostic sombre : mortalité périnatale de 50 %

  - **Hématome décidual marginal**
    - Métrorragies noirâtres peu abondantes ± contractions utérines
    - Echo : décollement d'une languette placentaire périphérique

  - **Rupture utérine**
    - Surtout au cours du travail sur utérus cicatriciel (ATCD de césa, myomectomie, perfo utérine méconnue)
    - Métrorragies minimes, douleurs localisées au niveau du segment inférieur
    - Anomalies sur l'ERCF et l'ERCU

  - **Hémorragie de Benkiser** (Rupture d'un vaisseau placentaire à trajet membraneux)
    - Hémorragie minime accompagnée d'une souffrance fœtale aiguë après rupture des membranes

  - **Causes cervicales : cancer, polype, cervicite**

Hémorragies génitales non gravidiques

- ***Causes organiques***

Causes vulvo-vaginales

- **Vulvovaginites aiguës** à germe non spécifique (parfois sur corps étranger)
- **Traumatisme** vulvaire hyménéal ou vaginal (déchirure des culs-de-sac)
- **Rupture d'une varice vulvaire**
- **Adénose vaginale** (îlots d'épithélium glandulaire cylindrique dans le vagin)
  - 50 fois + fréquent chez les femmes nées de mères ayant pris **Distilbène** en début de grossesse
  - **Zones érythémateuses vaginales polypoïdes**, ± **malformations** utérines, cervicales ou corporéales associées
  - **± régression spontanée** vers âge de 25 ans, **transformation en adénocarcinome vaginal à cellules claires** dans 0,1 % des cas
- **Cancer vulvaire ou vaginal**, rare en PAG

Causes cervicales

- **Cancer du col utérin**[Q] : à évoquer de principe devant une hémorragie génitale (typiquement : métrorragies de sang rouge indolores capricieuses répétées provoquées[Q]), spéculum (bourgeonnant, infiltrant, ulcéré, en barillet), ***Biopsies dirigées s/s colposc***
- **Cervicites**[Q] : saignements spontanées ou provoquées ± leucorrhées purulentes, exocervicite (ectropion surinfecté avec exocol d'aspect rouge framboisé et cruenté), endocervicite (inflammation cervicale avec glaire louche et TV douloureux)
- **Polype accouché par le col** : polype **muqueux** (ptte taille naissant de la muqueuse endocervicale, revêtement glandulaire en colposcopie) **ou** polype **fibreux** (= myome sous-muqueux pédiculé, taille + grande, naît des couches musculaires de la cavité utérine)
  -> ***hystérographie / hystéroscopie***
- **Endométriose cervicale** : Lésions bleutées cervicales sous-muqueuses augmentant de volume en période menstruelle, svt d'***origine iatro*** (post-biopsie, électrocoagulation, conisation) ± associées à autres localisations (vulvaire, vaginal, cloison recto-vaginale, cul-de-sac de Douglas)

Causes corporéales

- **Fibrome utérin**[Q] **(cf Q 148) : cause la + fréquente de ménorragies**[Q]
  - TV : utérus globuleux, dévié ou déformé, indolore (Douleur si torsion)
  - ***Echo*** : nbre, taille, forme et localisation des myomes : myomes sous-muqueux st très hémorragiques quel que soit leur volume ; hémorragies des myomes interstitiels ou intramuraux st liées à une hyperplasie endométriale (terrain hormonal d'insuffisance lutéale) ; myomes sous-séreux ne se manifestent pas par des hémorragies[Q]

  -> ***Hystéroscopie***
- **Polypes endométriaux :** excroissances localisées à la muqueuse endométriale responsables de ménométrorragies
  -> ***hystérographie, hystéroscopie***
- **Adénomyose ou endométriose utérine**[Q] **:** pénétration des glandes endométriales dans le myomètre
  - FDR = ***traumatismes*** = curetage, révision utérine, chir utérine
  - Femmes multipares 40[Q]-50 ans, méno[Q]métrorragies, douleurs pelviennes, dysménorrhée, dyspareunie profonde
  - TV : gros utérus fibreux, ***Hystéroscopie*** : signes directs (diverticules) et indirects (tuba erecta, rigidité bords utérins)
  - Confirmation diagnostique : ***anapath sur copaux de résection endométriale ou sur pièce d'hystérectomie***
- **Endométrite**
  - ***Post-partum*** (délivrance artificielle, révision utérine), ***post-abortum*** (curetage), après ***hystérographie, pose DIU***
  - Métrorragies fébriles + douleurs pelviennes + leucorrhées purulentes
  - TV : utérus globuleux mou très sensible à la palpation, ***Prélèv[t]s bactério cervico-vaginaux et endométriaux***
  - ***Biopsie endométriale si*** FDR (migrante non vaccinée par BCG) ou signes d'appel de ***tuberculose*** urogénitale
- **Cancer de l'endomètre**
  - ***Terrain familial/FDR*** (diabète, obésité, cancer du sein…), survient ds 15 % des cas cz femme non ménopausée
  - Métrorragies ± hydrorrhée, ***Echo pelv + doppler par voie vaginale*** (épaississement anormal de l'endomètre hypervascularisé), ***Hystérosalpingographie*** (image lacunaire irrégulière intracavitaire)
  - ***Biopsie endométriale guidée par hystéroscopie***
- **Dispositif intra-utérin**[Q] **:** ménorragies par augmentat° de la synthèse locale de prostaglandines, ***<u>Diagnostic d'élimination</u>***

Causes annexielles

- **Salpingite aiguë**[Q] (cf Q 152)
  - Métrorragies (40 %) peu abondantes + douleurs pelviennes + fièvre
  - ***Echo*** : normale ou épaississement des parois tubaires (salpingites catarrhales), ± épanchement du cul de sac de Douglas, voire collection tubaire ds les salpingites sévères (pyosalpinx)
  - ***Bilan infectieux*** (sérologies, prélèvements bactério cervico-vaginaux)
  - ***Coelio*** : confirmation diagnostique, gestes thérapeutiques, ++ si désir de grossesse
- **Tumeurs de la trompe** : exceptionnel
- **Tumeurs de l'ovaire** (cf Q 151) : rarement métrorragies (formes endocrines sécrétantes provocant hémorragies utérines par hyperplasie endométriale), examen clinique, écho + doppler, CA125, ± coelio/laparo

- ***Causes fonctionnelles*** (Anomalie de la maturation de l'endomètre induite par un déséquilibre hormonal, **Diagnostic d'élimination**)
  - **Hémorragies fonctionnelles de l'ovulation**
    - Apparaissent au 14e jour du cycle (point bas de la courbe thermique)
    - Métrorragies peu abondantes svt associées à douleur d'une fosse iliaque
  - **Hémorragies fonctionnelles prémenstruelles**
    - En rapport avec une insuffisance lutéale[Q] (plateau thermique court), cause la + fréquente en post-pubertaire[Q]
    - Des pertes brunâtres précèdent de qq jours la survenue de règles normales
  - **Hémorragies fonctionnelles postmenstruelles**
    - Liées à une insuffisance de la sécrétion oestrogénique en début de cycle
  - **Hémorragies fonctionnelles de la péri-ménopause**
    - Liées à une hyperplasie de l'endomètre par hyperoestrogénie relative induite progressivement par plusieurs cycles anovulatoires
    - Hyperplasie de l'endomètre est évoqué par écho pelv par voie vaginale, confirmé par hystéroscopie + biopsies
  - **Dystrophies ovariennes**
    - Dysfonctionnement de l'axe gonadotrope responsable d'une dysovulation/anovulation
    - Cycles irréguliers longs (spanioménorrhée) ± métrorragies, ± hirsutisme, ± obésité
    - TV : gros ovaires lisses indolores, Echo : gros ovaires multikystiques avec hypertrophie stromale
    - Hyperandrogénie ovarienne + augmentation LH
  - **Hémorragies utérines iatrogéniques**
    - Oestroprogestatif (arrêt prématuré de la pilule, spottings sous pilule à faible doses d'oestro)
    - Progestatif (par atrophie de l'endomètre)
    - Anticoagulant (AVK, héparine), antiaggrégant (aspirine)
    - Recherche causes organiques si persistance saignement malgré arrêt du ttt
- ***Causes générales***
  - **Anomalies de l'hémostase**
    - Hémopathies congénitales (Willebrand…)
    - Hémopathies acquises (hémopathie maligne, thrombopénie, thrombopathie, troubles de la coag, ins hépatocellulaire)
  - **Endocrinopathies :** obésité, diabète, hyperthyroïdie

Hémorragies génitales post-ménopausiques

- ***Causes organiques***
  - **Cancer**
    - **K de l'endomètre**[Q] (cf Q 150) : à évoquer devant toute métrorragie chez une femme ménopausée[Q]
      - Contexte d'hyperoestrogénie relative, métrorragies révélatrices dans 95 % des cas, ex clinique svt normal
      - Echo pelv + doppler par voie vaginale, hystérographie, ***curetage biopsique ou biopsie guidée sous hystéroscopie***
    - **Sarcome utérin** : rare, métrorragies + augmentation rapide du volume utérin, pronostic sombre
    - **K annexiels**[Q] (ovaires, trompes) (cf Q 151)
    - **K du col** (cf Q 149) : peuvent survenir après ménopause, carcinome épidermoïde isolé du col ou adénoK endométrial étendu au col
    - **Cancers de la vulve** : fréquent chez femme ménopausée, biopsies
  - **Pathologies non cancéreuses**
    - **Polypes muqueux et fibromes intracavitaires** : peuvent saigner chez les ***patientes ménopausées sous THS***
    - **Prolapsus génital** (hystéroptose de degré 3 avec ulcération chronique du col, hémorragie de faible abondance)
    - **Vaginite sénile** (atrophie par carence oestrogénique, fragilité tissulaire, modif de la flore vaginale, surinfections fréquentes)
- ***Causes fonctionnelles***
    - **Hyperplasie de l'endomètre**[Q] (ds la phase d'installation de la ménopause)
      - Persistance d'une faible sécrétion d'oestro en l'absence de sécrétion de progestérone), Echo pelv par voie vaginale, hystérographie, ***biopsie sous hystéroscopie*** (hyperplasie simple / complexe / avec ou sans atypies cellulaires)
      - ***Rechercher : tumeur ovarienne sécrétante / origine iatro*** (THS mal équilibré, prises d'oestro ignorée : anabolisants androgéniques, produits cosmétiques, toniques veineux)
    - **Atrophie de l'endomètre**[Q] (par carence oestrogénique ou iatro par excès de progestérone) : métrorragies peu abondantes irrégulières et récidivantes, hystérographie (utérus en double contour, images spiculés périphériques), Hystéroscopie (muqueuse endométriale pétéchiale pâle et lisse, utérus de ptte taille, ± synéchies fundiques)
    - Si bilan complet – et persistance saignement -> ± hystérectomie-biopsie à visée diagnostique

Source : Fiches Rev Prat, Rev Prat 2000, QCM Intest